

# PRÁCTICAS QUE HACEN A LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y EL NACIMIENTO

Graciela Etcheverry  
Martínez Junio 2014

# Metodología

- Revisión de artículos científicos, ensayos y literatura sobre la humanización del parto y nacimiento.
- La búsqueda de materiales realizó durante el período de Noviembre del 2013 a Febrero del 2014
- Se utilizaron para la revisión de la literatura los siguientes motores de búsqueda y base de datos: EBSCO, MEDLINE, SOCINDEX, PUBLIMED, SCIELO
- Criterios de búsqueda: estudios y literatura en español, inglés y portugués, publicados entre los años 1995 a 2013, de carácter cuantitativo y cualitativo, de libre acceso (free).
- Se encontraron 44 artículos. . Tomándose 34 para la revisión.

# Categorías

- 1) nacimiento en hospital, domicilio y casa de parto
- 2) factores que configuran la elección del tipo de parto
- 3) formación profesional y dimensiones institucionales
- 4) el rol de la partera
- 5) medicalización e intervenciones.

# Nacimiento en Hospital



# Estudios

- Estudio comparativos de partos en hospital y domicilio en Brasil :
- partos en hospital fueron más largos y de más trabajo que los partos en domicilio, registrándose más complicaciones y más intervenciones traumáticas.
- partos en domicilio eran rápidos, naturales (de evolución fisiológica) y sin complicaciones para la madre o el recién nacido.
- Las mujeres que tuvieron un parto hospitalario después de un parto en casa, quedaron sorprendidas con el exceso de intervenciones y las rutinas hospitalarias (Delgado, Sampaio, Barros 2007).

# Estudios

- Un relevamiento sobre la satisfacción de las mujeres con el parto dentro del hospital, arrojó que el parto vaginal sin anestesia epidural es el que mayor satisfacción ofrece, seguido por parto vaginal con epidural.
- Como dato interesante, madres satisfechas con su parto y acompañamiento amamantan a su bebé durante más tiempo, y en mayor proporción, que las que no estuvieron satisfechas (Aguilar, Sáez, Menor, Mur, Expósito, Hervás & Gonzalez 2013).

# Nacimiento en Domicilio



# Parto en domicilio

- Las mujeres que parieron en domicilio tuvieron partos rápidos y casi sin intervenciones, con libertad de caminar, beber o comer. Casi todas fueron atendidas por parteras. La posición de parto elegida generalmente en el domicilio fue vertical, con poca o ninguna intervención .
- Las experiencias comparativas de mujeres que han parido en domicilio y en hospital, evidencian que estas valoran el parto domiciliar como mejor experiencia, por ser más rápido, con menos intervenciones, mayor libertad de movimiento, enfatizando la importancia de parir en su casa, en el ambiente que conocen (Delgado et al., 2007)



# Casa de Parto

- Esta estructura posee un ambiente parecido al domicilio. El personal está integrado por parteras, enfermeras obstetras, auxiliares de enfermería, auxiliar de limpieza, auxiliar de gestión administrativa y chofer de ambulancia (Delgado *et al*, 2007).

# Casa de parto



# Casa de parto



# Falso supuesto

- Un falso supuesto, que por lo general desacredita a este tipo de servicios, es que en caso de presentarse una emergencia, puede ser atendida más rápido y mejor si se está en un hospital, teniendo en cuenta el tiempo empleado en un eventual traslado.

Los médicos que no siempre están disponibles para brindar un cuidado personalizado o acompañamiento continuo, a diferencia de las parteras en las casas de parto. Incluso, cuando una cesárea es indicada, el tiempo estimado para preparar un quirófano y reunir el equipo necesario, es de aproximadamente 30 minutos.

Habiendo una adecuada coordinación, el traslado de la mujer desde la casa de partos se efectúa al mismo tiempo en que se generan las condiciones necesarias para atender la

# Factores que configuran la elección del tipo de parto.

- Información y fuente de la misma
- Información no clara y malos entendidos con los profesionales
- Miedo ( a perder el control a fallar y a no poder, dolo y muerte)

# Formación profesional y dimensiones institucionales

- Cultura Organizacional ( Allaire y Firsirotu )
- Son representaciones, expectativas, historia y definiciones internas y externas de cómo una organización funciona (Behruzi )

# Castro

**Campo Médico** Definido por el conjunto de las instituciones de salud, el personal médico y administrativo, junto con las instituciones que forman a los nuevos profesionales, investigadores y docentes que trabajan en estas escuelas, laboratorios, etc.

**Habitus Médico** Todas las predisposiciones aprendidas en cierta estructura para actuar en un campo determinado es lo que se denomina como habitus

# El rol de la Partera

- En el 2005, la Confederación Internacional de Parteras redefinió su propio rol, e incluyó la promoción del parto normal como una parte importante del mismo. Dicha definición fue ratificada por la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) y por la OMS.



# Parteras

- La partera es reconocida como la profesional idónea para atender un parto fisiológico y de bajo riesgo. Tiene la formación para brindar educación, apoyo y cuidado durante el embarazo, parto y puerperio.
- El cuidado implica medidas preventivas, promoción del parto normal, así como la detección y asistencia de cualquier tipo de emergencia que se presente para la madre y/o el bebé.
- La partera puede ejercer su profesión en cualquier lugar incluidos domicilios, hospitales y clínicas de salud.  
(International Confederation of Midwives)

Cris



# Partera

- Partos atendidos por parteras
- 19% menos de mortalidad infantil,
- 33% menos de muerte neonatal
- 31% menos de bajo peso al nacer, en comparación con los atendidos por médicos.

# Partera



# Partera

- A su vez los partos atendidos por parteras evidencian menos intervenciones invasivas,
- menos episiotomías,
- fórceps y ventosas,
- inducción, monitoreo continuo, analgesia, cesáreas y menos admisiones en unidades de cuidados especiales

# Partera



# MEDICALIZACION E INTERVENCIONES

- La medicalización del parto y el abuso de intervenciones se vieron favorecidos al haberse convertido este en un acto médico y ser hospitalizado. De esta forma el cuerpo de la mujer pasó a ser objeto de los médicos que aplican el modelo médico-masculino en el cuerpo y psiquis femenina (Wagner, 2001).

# Medicalización

- Según la OMS *“No hay justificación para que ninguna zona geográfica tenga más de 10-15% de cesáreas”* (WHO, 1985).
- Las tasas de cesárea en Brasil la tasa media es del 40%
- Uruguay registra en el sub-sector privado tasas de 44% y en el público 21%
- Canadá 26,3%
- Reino Unido 22%,
- Holanda 14%,



# Cesárea



# Clase



# Conclusiones

- Con respecto a otro tipo de intervenciones, un estudio llevado a cabo en Canadá registró que de un total de 6,421 mujeres encuestadas se encontró que un
- 20% de episiotomías fueron realizadas a las mujeres de la muestra,
- 5,4% reportaron haber tenido un enema,
- 15% presión en el abdomen
- 19.1% rasurado

# CONCLUSIONES

- Para la mayoría los autores el parto humanizado es aquel que se desarrolla teniendo en cuenta e integrando los aspectos subjetivos, culturales y sociales de la mujer.
- Le facilita los procesos de empoderamiento para que la mujer tome sus propias decisiones basadas en evidencia científica, brindándole los medios para que puedan construir dichas elecciones.

# Conclusiones

- El parto humanizado privilegia la posición de la madre y la del bebé, situándolos en primer plano para que así los profesionales a cargo del cuidado puedan brindar apoyo y seguridad respetando los procesos fisiológicos y los tiempos en que se desarrolla el parto.

# Conclusiones

- Todo el material revisado permite concluir que para que se realicen cambios de base en los sistemas de salud, es necesario cuestionar el paradigma mecanicista dominante. Es necesario educar a los y las profesionales que atienden el proceso de nacimiento desde los comienzos de la formación, en la dimensión de las prácticas humanizadas.

# Bibliografía

- Aguilar Cordero, M., Saez Martin, I., Menor Rodriguez, M., Mur Villar, N., Epósito Ruiz, M., Hervás Pérez, A., y otros. (2013).

# Bibliografía

- Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 Años de Investigación sobre Violencia en México. *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42.
- 
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakpasu, S., O'Brien, B., Lee, L., et al. (Marzo de 2009). Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*, 36(1).
- 
- Crizóstomo, C. D., Nery, I. S., & Luz, M. H. (2007). A Vivencia de Mulheres no Parto Domiciliar e



# Bibliografía

- Gonçalves, R., Aguiar, C. d., Merighi, M. A., & Jesus, M. C. (2011). Experiencing Care in the Birthing Center

# Bibliografía

- Malheiros, P. A., Alves, V. H., Rangel, T. S., & Vargens, O. M. (Abril - Junio de 2012). Labor and Birth: Knowledge and Humanized Practices. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(2), 329-337.
- 
- Nagahama, E. E., & Santiago, M. S. (Octubre - Diciembre de 2011). Parto Humanizado e Tempo de Parto: Avaliação da Assistência Oferecida pelo Sistema Único em uma Cidade do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 415-425.
-